

<https://helda.helsinki.fi>

---

## Sähköhoito saattaa vähentää väkivaltaista käytöstä kehitysvammaisilla autismlikirjon potilailla

Bjelogrlic-Laakso, Nina

2019

---

Bjelogrlic-Laakso , N , Arvio , M & Järventausta , K 2019 , ' Sähköhoito saattaa vähentää väkivaltaista käytöstä kehitysvammaisilla autismlikirjon potilailla ' , Duodecim , Vuosikerta. 135 , Nro 16 , Sivut 1467-1470 . < <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo15079.pdf> >

---

<http://hdl.handle.net/10138/318822>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

Nina Bjelogrić-Laakso, Maria Arvio ja Kaija Järventausta

## Sähköhoito saattaa vähentää väkivaltaista käytöstä kehitysvammaisilla autismikirjon potilailla

Autismikirjoon lukeutuvien kehitysvammaisten henkilöiden käytösoireita pyritään vähentämään moniammatillisin keinoin. Psykososiaalista kuntoutusta ei voida toteuttaa silloin, kun potilas on itsetuhoinen tai väkivaltainen asianmukaisesta lääkityksestä huolimatta. Kuvaamme toisen kahdesta samanlaisesta kehitysvamma–autismi–epilepsiaoireyhtymää potevasta tapauksesta, jossa käytösoireet loppuivat joksi-kin aikaa aina epilepsiakohtauksen jälkeen. Näiden potilaiden kohdalla myös psykiatrisella sähköhoidolla aiheutettu kouristuskohtaus toi ainakin hetkellisesti hyvän vasteen lääke- ja muihin hoitoihin reagoimattomiin tuhoaviin käytösoireisiin. Sähköhoitoon liittyy eettisiä kysymyksiä, joihin potilaamme eivät itse kyenneet ottamaan kantaa. Kokemuksemme haastavat pohtimaan tämän erittäin vaikeahoitoisen potilasryhmän hoitokulttuuria.

**K**ehitysvammaisuuteen liittyvät käytösoireet johtuvat monista eri syistä kuten vuorovaikutustaitojen puutteesta, psykososiaalisista ongelmista ja diagnosoimattomista neurologisista, psykiatrisista tai muista somaattisista sairauksista sekä joskus käytössä olevasta lääkityksestä (1,2). Autismikirjon häiriöihin voi liittyä vaikeahoitoisia käytösoireita, jotka ilmenevät itsensä vahingoittamisena päättä hakkaamalla, puremalla, raapimalla tai repimällä ja yhtäkkisinä muihin henkilöihin tai irtaimistoon kohdistuvina aggressioina (lyömisenä, puremisena, nipistämisenä, repimisenä, tavaroiden heittämisenä) (3). Hoitosuosituksen puuttuessa ongelmallisiin oireisiin pyritään vaikuttamaan lääkkeellisin ja psykososiaalisin keinoin (4). Käytännössä vain osa potilaista saa tyydyttävän hoitovasteen.

Kirjallisuudessa kuvattujen tapauselostusten perusteella psykiatrisella sähköhoidolla voidaan lievittää autististen potilaiden vaikeita, tavanomaisille hoidoille reagoimattomia käytösoireita (5–7). Kaksi autismikirjon häiriöstä ja epilepsiasta kärsivää miespotilastamme hyötyivät selkeästi sähköhoidosta. Eettisten syiden vuoksi sähköhoitoa ei ole toistaiseksi jatkettu, vaikka käytösoireet ovat palanneet.

### Oma potilas

Ennen psykiatrisen sähköhoidon aloittamista psykiatri kävi potilaiden vanhempien kanssa läpi hoitoon mahdollisesti liittyvät riskit. Vanhemmat vahvistivat allekirjoituksin suostumuksensa sähköhoidon käynnistämiseen sekä tapauselostuksen julkaisuun. Kuvaamme vain toisen kahdesta samankaltaisesta potilastapauksestamme.

**Potilas.** Kyseessä on 34-vuotias tuntemattomasta syystä älyllisesti kehitysvammainen, muutamien viittomin, ilmein ja elein kommunikoiva mies, jolla on lapsuudessa diagnosoitu määrittämätön autismi. Hän sai ensimmäiset tajuttomuuskouristuskohtaukset vuonna 2013. Lääkkeeksi valittiin karbamatsapiini. Yleisanestesiassa tehdyssä aivojen magneettikuvauksessa todettiin parasagittaalisesti frontaalilohkon takaosassa hyvänlaatuinen kysta. EEG-tutkimusta ei tehty potilaan puutteellisten yhteistyötaitojen vuoksi. Jo ennen ensimmäisiä epilepsiakohtauksia hän oli hakannut päätään seinään ahdistuneena.

Epilepsiakohtausten alettua potilaan käytösoireet (pään hakkaamistaipumus, itsensä pureminen, irtaimiston rikkominen) olivat lisääntyneet, joten hänen psyykenlääkitystään oli vuosien varrella tehostettu. Käytösoireiden hillitsemiseksi oli kokeiltu risperidonia, ketiapiinia, levomepromatsiinia, olantsapiinia, loratsepaamia, sitalopraamia, essitalopraamia ja amitriptyliiniä. Vuonna 2015 migreenin estolääkkeeksi aloitettiin topiramaatti, joka pahensi käytösoireita. Estolääkityksenä kokeiltiin huonolla menestyksellä myös bisoprololia, metoprololia

ja kandesartaania. Somaattiset, mahdollisesti käytös-  
oireita pahentavat syyt suljettiin pois anestesiahhamas-  
hoidoin ja laboratoriotutkimuksin. Verikokeet otettiin  
voimakainoin tai anestesioiden yhteydessä.

Potilaan siirtyessä vuosien ajan jatkuneiden hallitse-  
mattomien käytös-oireiden vuoksi kehitysvammahuol-  
lon yksikköön vuonna 2017 hänen säännöllisessä käy-  
tössä olevaa lääkitystä (essitalopraami 10 mg/vrk, levo-  
mepromatsiini 100 mg/vrk, risperidoni 4 mg/vrk, olant-  
sapiini 10 mg/vrk, loratsepaami 3 mg/vrk, pantopratsoli  
20 mg/vrk, melatoniini 3 mg/vrk, kandesartaani 16 mg/  
vrk, makrogoli 3 350 annoksella 3 pussia/vrk) yksinker-  
taistettiin. Essitalopraami purettiin pois vasteettomana.  
Karbamatsepiini vaihdettiin okskarbatsepiiniksi yhteis-  
vaikutusten vähentämiseksi ja samalla levomepromat-  
siini lopetettiin asteittain. Risperidonin annosta vähen-  
nettiin 4–3 mg/vrk. Loratsepaami (3 mg/vrk) purettiin  
hitaasti pois. Uutena lääkkeenä aloitettiin valproaatti  
mielialan tasaamiseen, epilepsiaan ja mahdolliseen  
migreeniin. Kun seerumin valproaattipitoisuus oli hoito-  
alueella, aloitettiin okskarbatsepiinin hidas purkaminen.

Tutkimusjakson alussa tehdyissä verikokeissa (S-PVK,  
S-TSH, S-CRP, S-Na, S-K, S-gluk, S-Mg, S-Krea, fE-Folaat,  
S-B-12-vitamiini, S-ALAT, S-HbA1c, S-CRP, S-Ia) ainoas-  
taan S-AFOS (136 U/l) ja P-GT (208 U/l) olivat hieman  
suurentuneet. Seerumin karbamatsepiinipitoisuus oli  
viiterajoissa 34 µmol/l. Lääkevaihdojen jälkeen varmis-  
tettiin, että karbamatsepiinin tilalle vaihdetun okskar-  
batsepiinin (900 mg/vrk) ja valproaatin (1 200 mg/vrk)  
lääkepitoisuudet ovat terapeuttisella alueella. Tehtyjen  
lääkemuutosten myötä aminotransferaasin pitoisuu-  
det normalisoituivat ja seerumin kalsium- sekä D-vita-  
miinipitoisuudet todettiin normaaleiksi.

Tehdyistä lääkemuuoksista huolimatta potilaan käy-  
tös-oireet näyttäytyivät edelleen vaikeina. Itsetuhoisuut-  
ta ja väkivaltaisuutta esiintyi päivittäin. Potilas oli pa-  
himpina päivinä liikkeessä jopa kymmenen tuntia. Hän  
ahdistui voimakkaasti muiden ihmisten läsnäolosta ja  
puheesta, vahingoitti itseään ja hyökkäili hoitajien pääl-  
le yhtäkkisesti. Lisäksi hän rikkoi huoneensa irtaimistoa.  
Neljän kuukauden osastoseurannassa käytös-oireet hel-  
pottivat yllättäen vain tajuttomuuskouristuskohtausten  
jälkeen, mutta ne palasivat samanlaisina noin 1–2 vii-  
kon kuluttua.

Kliinisen harkinnan jälkeen päädyttiin kokeilemaan  
psykiatrasta sähköhoitoa bilateraalisenä mahdollisen  
nopean ja tehokkaan vasteen saavuttamiseksi. Hoito  
toteutui yleisanestesiassa, kolmesti viikossa. Jo kolman-  
nen hoitokerran jälkeen havaittiin itsetuhoisuuden ja  
aggressiivisuuden selvästi vähentyneen. Nopeasti saa-  
vutetun vasteen myötä hoitokertoja harvennettiin seit-  
semännen hoitokerran jälkeen vähitellen viikoittaisiksi.  
Yhteensä puoli vuotta kestäneen ylläpitohoidon aikana  
sähköhoidon vaste heikkeni kolmesti mutta saavutettiin  
uudelleen tihentämällä hoito kolmeen kertaan viikossa.

Parhaimmillaan ylläpitohoidon aikana potilaalla ei esiin-  
tynyt lainkaan itsetuhoista eikä väkivaltaista käytöstä.  
Koska pysyvää vastetta ei saavutettu, ja kyseessä oli ko-  
keellinen hoito, ylläpitohoito päädyttiin lopettamaan.  
Potilaan oireet palasivat noin viikko hoidon lopettami-  
sen jälkeen.

## Pohdinta

Kahdelle kehitysvamma-autismi-epilepsia-  
oireyhtymää sairastavalle miespotilaalle saatiin  
psykiatrisella sähköhoidolla tauko vuosien ajan  
jatkuneisiin tuhoisiin käytös-oireisiin. Vastaavia  
positiivisia kokemuksia on kuvattu kirjallisuus-  
udessa autistisilla potilailla, joiden käytös-orei-  
den syyksi on epäilty katatonia (5,6,8). Säh-  
köhoidon tiedetään tehoavan itsetuhoisuuteen  
ja aggressiivisuuteen eri häiriöissä (9,10) sekä  
autismiin liittyvään tuhoavaan käyttäytymiseen  
(11,12). Omissa tapauksissamme tiedettiin jo  
ennen sähköhoitojen aloittamista, että potilai-  
den vaikea oireilu korjaantui aina hetkellisesti  
epilepsiahoituksen jälkeen ja täten hyvää vas-  
tetta osattiin odottaa sähköhoidon eli käytän-  
nössä elektiivisesti aiheutetun epilepsiahoi-  
tauksen jälkeen. Potilaidemme kohdalla hyvän  
vasteen taustalla voinee olla kirjallisuudessa ku-  
vattu niin sanottu pakotettu normalisaatio, jos-  
sa psykoosi ja epilepsia kuvataan saman ilmiön  
kahtena ääripäänä (13).

Autismikirjon häiriöistä kärsivien kehitys-  
vammaisten potilaiden monimuotoiset käytös-  
oireet jäävät usein vaille tarkkaa diagnoosia,  
mikä johtuu kommunikaatiovaikeuksista, aisti-  
yliherkkyyksistä, oireiden monimuotoisuudes-  
ta, liitännäissairauksista ja monilääkityksestä  
(3). Autistisen potilaan tuhoavan käytöksen  
syyinä voi olla psykoosisairaus tai katatonia,  
joiden erottaminen toisistaan tapahtuu käy-  
tännössä kokeilemalla eri lääkevaihtoehtoja;  
neuroleptin voidaan olettaa tuovan psykootti-  
selle potilaalle vasteen, kun taas loratsepaamin  
tiedetään lievittävän katatonisen potilaan oi-  
reita. Mikäli kyseessä sattuu olemaan autismi-  
kirjon häiriöistä vaikeasti erotettavissa oleva  
ja huonoennusteinen lapsuusiän skitsofrenia,  
neuroleptilääkityksen vaste voi jäädä heikoksi  
(14). Omissa tapauksissamme epäilemme käy-  
tös-oreiden syyksi ennemminkin psykoottista

häiriötä kuin katatonista oireyhtymää huomioiden potilailla todettu ilmeinen psyykkisen oireilun ja epileptisen aktiviteetin välinen ajallinen yhteys. Toisaalta polyfarmasian roolia potilaittemme vaikeissa käytöshäiriöissä ei voine poissulkea.

Psykiatrinen sähköhoito on turvallinen oikein kohdennettuna ja toteutettuna (15,16). Tavallisia akuutteja haittoja ovat päänsärky, pahoinvointi ja lihaskivut, joita voidaan minimoida särkylääkkeillä ja joiden varalta potilaillemme annettiin parasetamolia hoitopäivinä. Toimenpiteen jälkeen voi ilmaantua rytmihäiriötä, joiden varalta potilaita seurattiin tavanomaiseen tapaan heräämössä. Sähköhoito aiheuttaa lyhytaikaista ja ohimenevää muistivaikeutta. Hoito keskeytetään, mikäli oireet pahenevat, hoidosta aiheutuu merkittäviä haittavaikutuksia tai jos 8–12 hoitokerran jälkeen ei havaita vastetta. Omien potilaittemme kohdalla ei edellä mainittuja haittoja havaittu, ja ylläpitohoitojen aikana he pystyivät osallistumaan aiemmasta poiketen arkisiin askareisiin ja ulkoilemaan. Toinen potilaista vei vanhempansa katsomaan rakennusta, jossa hän oli saanut sähköhoitoa. Tämän perusteella arvelimme, ettei potilaalle jäänyt negatiivista kokemusta hoidosta. Hoidon pitkäaikaishyötyjen ja mahdollisten

haittojen selvittämiseksi tällä potilasryhmällä tarvitaan lisätutkimuksia.

## Lopuksi

Kehitysvammaisten henkilöiden psykiatriseen sähköhoitoon liittyy ennakkoluuloja ja toisaalta ainoan kehitysvammaisten pitkäkestoiseen aggressioon virallisesti hyväksytyn lääkehoidon, risperidonin, tiedetään voivan aiheuttaa vakaviakin haittoja (17). Sähköhoidon pelätään aiheuttavan pitkäaikaishaittoja potilaille, jotka eivät pysty itse antamaan tietoista suostumusta kokeelliseen hoitoon. Tapausesimerkeissämme sähköhoito vähensi tuhoisia käytös- oireita, kuten kirjallisuudessa on raportoitu, ja ainakin hetkellisten hyötyjen voidaan katsoa ylittäneen sairauteen liittyvät pitkäaikaiset riskit. Psykiatrasta sähköhoitoa kannattaa harkita muille asianmukaisille hoidoille vasteettomiksi osoittautuneissa tuhoavissa käytösoireissa. Informaatio hoidon mahdollisista hyödyistä, haitoista sekä hoidon kokeellisesta luonteesta annetaan omaisille, joilta joudutaan pyytämään myös suostumus, sillä hoidettavat eivät itse pysty siitä päättämään – kuten eivät monista muistakaan asioistaan. ■

**NINA BJELOGRLIC-LAAKSO, LT, neurologian erikoislääkäri, kehitysvammalääketieteen erityispätevyys**  
Tays

**MARIA ARVIO, LKT, kehitysvammalääketieteen työelämäprofessori, lastenneurologian erikoislääkäri**  
Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, Oulun yliopisto, PEDEGO, Turun Yliopisto, kliinisen genetiikan yksikkö

**KAIJA JÄRVENTAUSTA, LT, psykiatrian dosentti, kliininen opettaja**  
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto ja Tays

### SIDONNAISUUDET

**Nina Bjelogrlíc-Laakso:** Ei sidonnaisuuksia

**Maria Arvio:** Ei sidonnaisuuksia

**Kaija Järventausta:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Boston Scientific), luento-/asiantuntijapalkkio (Medtronic Oy, Otsuka Pharmaceutical Oy, Lundbeck Oy, Janssen-Cilag Oy), muut sidonnaisuudet (AuxMedico Oy, MeXD Oy)

### VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

**KIRJALLISUUTTA**

1. Koskentausta T. Kehitysvammaisen psyykkiset oireet selvitetävä moniammatillisesti. *Suom Lääkäril* 2008;63:3533–41.
2. Perucca P, Gilliam G. Adverse effects of antiepileptic drugs. *Lancet Neurol* 2012;11:792–802.
3. Bjelogrić-Laakso N, Aaltonen S, Dorn T, ym. Need for special units for the management of neuropsychiatric disorders in people with intellectual disabilities. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:77–9.
4. Penner M, Anagnostou E, Andoni LY, ym. Systematic review of clinical guidance documents for autism spectrum disorder diagnostic assessment in select regions. *Autism* 2018;22:517–27.
5. Wachtel LE, Dhossche DM. Self-injury in autism as an alternate sign of catatonia: Implications for electroconvulsive therapy. *Med Hypotheses* 2009;75:111–4.
6. Sajith SG, Liew SF, Tor PC. Response to electroconvulsive therapy in patients with autism spectrum disorder and intractable challenging behaviors associated with symptoms of Catatonia. *J ECT* 2017;33:63–7.
7. D'Agati D, Chang AD, Wachtel LE, ym. Treatment of severe self-injurious behavior in autism spectrum disorder by neuromodulation. *J ECT* 2017;33:7–11.
8. Korkeila J. Katatonia. *Duodecim* 2016;132:1321–7.
9. Pompili M, Lester D, Dominici G, ym. Indications for electroconvulsive treatment in schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res* 2013;146:1–9.
10. van den Berg JF, Kruithof HC, Kok RM, ym. Electroconvulsive therapy for agitation and aggression in dementia: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26:419–34.
11. Consoli A, Cohen J, Bodeau N, ym. Electroconvulsive therapy in adolescents with intellectual disability and severe self-injurious behavior and aggression: a retrospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;2281:55–62.
12. Wachtel LE, Shorter E, Fink M. Electroconvulsive therapy for self-injurious behaviour in autism spectrum disorders: recognizing catatonia is key. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31:116–22.
13. Yasuhiko K, Yasuhiko I. Forced normalization: antagonism between epilepsy and psychosis. *Pediatr Neurol* 2017;70:16–9.
14. Makkala S, Korhonen A, Raappana M. Autismin kirjon ja psykoosihäiriöiden eroja ja yhtäläisyyksiä. *Suom Lääkäril* 2013;68:1355–41.
15. Andrade C, Arumugham SS, Thirithalli J. Adverse effects of electroconvulsive therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2016;39:513–30.
16. Gazdag G, Ungvari GS. Electroconvulsive therapy: 80 years old and still going strong. *World J Psychiatr* 2019;9:1–6.
17. Kakko K, Bjelogrić-Laakso N, Pihlakoski L, ym. Tardive dyskinesia should not be overlooked. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2019;29:72–4.

**SUMMARY**

**Electroconvulsive therapy may decrease aggressive behavior in intellectually disabled patients with autism spectrum disorder**

Multidisciplinary means are used in an attempt to minimize behavioral symptoms experienced by intellectually disabled people with autism spectrum disorder. Psychosocial rehabilitation cannot be exploited when the patient is self-destructive and/or aggressive in spite of appropriate medication. We describe one of two similar cases with intellectual disability–autism–epilepsy syndrome where behavioral symptoms stopped for some time on each occasion after having an epileptic seizure. In these patients a seizure caused by psychiatric electroconvulsive therapy (ECT) also brought at least temporary relief to the destructive symptoms that were unresponsive to medicinal and other treatments. The fact that our patients cannot give their informed consent to ECT raises ethical questions. Our experience challenges health care professionals to ponder the treatment culture of this extremely intractable patient group.